

| 平成 30 年度 第 1 回 横浜市救急業務検討委員会 会議録 | |
|---------------------------------|---|
| 日 時 | 平成 30 年 5 月 11 日 (金) 19 時 00 分～20 時 40 分 |
| 開 催 場 所 | 横浜市健康福祉総合センター 6 階 会議室 (横浜市中区桜木町 1-1) |
| 出 席 者 | 赤羽重樹、恵比須享、河村朋子、栗原美穂子、小山朝子、佐藤英仁、高井佳江子、竹内一郎、武田英子、仲丸等、新納憲司、新田國男、平元周、水野恭一、三角隆彦、吉井涼子 |
| 欠 席 者 | なし |
| 開 催 形 態 | 公開 (傍聴者なし) |
| 議 題 | <ul style="list-style-type: none"> ・人生の最終段階の心肺停止傷病者に対する応急処置のあり方 ・救急隊以外の搬送資源を活用した救急搬送システムについて |
| 決 定 事 項 | <ol style="list-style-type: none"> 1 心肺蘇生等を希望しない意思を示した心肺停止事例に対する活動プロトコルについて、救急業務検討委員会として承認された。 2 心肺蘇生等に関する救急隊への指示書について、“指示書”という文言が適切か、もう一度横浜市メディカルコントロール協議会で検討する。 3 救急隊以外の搬送手段について、種類、経費、実績等の調査を実施する。 |
| 議 事 | <p>(委員長)</p> <p>ただいまから、横浜市救急業務検討委員会を開催させていただきます。はじめに、4月1日付人事異動で救急担当部長に着任した下枝より御挨拶させていただきます。</p> <p>(下枝救急担当部長)</p> <p>みなさん、こんばんは。4月1日付人事異動で救急担当部長に着任しました下枝と申します。よろしくお願いたします。本日はお忙しい中、横浜市救急業務検討委員会にご出席いただき、ありがとうございます。また、平素から救急業務の推進に御理解・御協力をいただき、重ねて御礼申し上げます。さて、当委員会では昨年度より超高齢社会における救急活動をテーマにご審議いただいておりますが、今年度が最終年度であります。年度内には市長への提言をとりまとめ、報告させていただきたいと考えております。今年度も引き続き、委員の皆様には様々な視点から忌憚のない御意見・御審議をいただきますことをお願いいたします。簡単ではございますが、挨拶とさせていただきます。</p> <p>(事務局)</p> <p>続きまして、委員の交代について、ご報告させていただきます。社会福祉法人社会福祉協議会の人事異動に伴い、社会福祉部長の島本様から仲丸様に交代されております。つきましては、横浜市救急業務検討委員会運営要綱第3条第3項の規定により仲丸様に委員の委嘱をさせていただきました。どうぞよろしくお願いたします。</p> <p>次に、会議の出席状況をご報告します。まだ平元委員が到着しておりませんが、横浜市救急業務検討委員会運営要綱第7条第2項の規定により、半数以上の出席となり、会議は成立することをご報告いたします。なお、</p> |

本委員会は横浜市救急業務検討委員会運営要綱第8条の規定により原則公開となっておりますので、よろしくお願いたします。

(資料の確認)

(事務局)

それでは、以降の進行を水野委員長お願いたします。

(水野委員長)

本日は、お忙しい中ご出席いただきありがとうございます。前回の会議でも活発な御意見をいただきましたが、本日も忌憚のない御意見をお願いたします。

それでは、次第に沿って進めさせていただきます。報告事項「前年度のまとめ」について事務局から説明をお願いします。

(事務局)

【資料1】「平成29年度横浜市救急業務検討委員会まとめ」について説明

(水野委員長)

ただいま、事務局から前年度のまとめについて報告がありました。委員のみなさんから何か御質問はありますか。質問がないようでしたら、次の議題に進ませていただきます。議題(1)「議題の趣旨」について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

【資料2】「横浜市救急業務検討委員会検討事項と本日の議題の趣旨説明」について説明

(水野委員長)

いよいよ具体的な話になってきました。議題1「人生の最終段階の心肺停止傷病者に対する応急処置のあり方」について、当委員会から横浜市メディカルコントロール協議会に付託した心肺蘇生を希望しない意思を示した心肺停止事例に対する活動プロトコルと、心肺蘇生等に関する救急隊への医師の指示書について、案がまとめられているとのことですので、横浜市メディカルコントロール協議会会長の竹内委員から報告をお願いします。

(竹内委員)

横浜市立大学の竹内です。横浜市メディカルコントロール協議会を代表して、審議した結果をご報告いたします。これは、昨年度3月まで検討を重ね、案が承認されました。これをどう現場に落とし込んでいくか、どのように運用していくか、いつから施行するかなどについてはまだ決まっていません。資料3をご覧ください。根本的な概念は、この高齢化社会で患者さん自身が最期を迎えたときに心肺蘇生を望んでいなくても、救急車を要請した以上は、救急隊は本人の意思に関係なく心肺蘇生をしないとはならないという苦悩があるのですが、はっきり意思表示をしている方についてはその意思を尊重できないだろうか、というところから検討が始まっています。ですから、心肺蘇生を望んでいる方も心肺蘇生をしないというこ

とではありません。フローチャートを見ても、かかりつけ医が署名した指示書があること、かつ、署名したかかりつけ医と連絡がつく場合に心肺蘇生を中止できるということで、厳格にしています。かかりつけ医が現場に来てもらえる、つまり死亡確認をしてもらえる場合は、救急隊は病院へは搬送せず、心肺蘇生を中止することができるということです。それ以外の場合は、これまでどおり心肺蘇生を継続して病院へ搬送するという流れになります。その意思をどう表現するかについては、専門の先生とお話ししてもなかなか意見がまとまらなかったのですが、「資料4」のような形がいいのではないかということになりました。特徴は、医師の署名があることと、責任の所在は普段から診察している医師と患者さんとの信頼関係が構築された上での話し合い、そして、書面が残されている場合に限って、患者さんの意思を尊重することにしようということを考えて作成した指示書です。メディカルコントロール協議会からは以上です。

(水野委員長)

資料3、4について、何か御意見はありますか。

(新納副委員長)

資料3について、もう少し詳しく説明をお願いします。

(竹内委員)

それでは、資料3の活動プロトコルについて説明します。まず、救急隊が現場に行き心肺停止を確認した場合、指示書を探すということではなく、最初はルーチンで胸骨圧迫心臓マッサージを実施し、AEDを装着することを大原則とします。それをやっている途中に、心肺蘇生等に関する指示書が提示された場合には、家族等に蘇生処置継続の希望があるかどうかを尋ねます。指示書が提示されない場合には、蘇生処置を継続し病院へ搬送します。指示書が提示され、家族も蘇生処置を希望しない場合は、消防司令センターにいる救命指導医に連絡をして、その医師の担保の下に指示書に記載されている事項を確認します。ここで、指示書にかかりつけ医の署名がない場合など不完全である場合は、蘇生処置を継続し、完全な指示書が提示され、かつ、家族が蘇生処置を望まない場合は、署名したかかりつけ医に連絡をとります。夜間などで、そのかかりつけ医に連絡がとれない時は、蘇生処置を継続して病院へ搬送しますが、かかりつけ医に連絡がとれ、蘇生処置は継続しなくていいと分かった場合には、もう一度家族に説明し同意を得た上で、救急隊は本人の意思を尊重して蘇生処置を中止し、搬送辞退書に署名をもらい、現場を引き揚げます。かかりつけ医が現場に到着するまでは、救急隊が不在の状態となるのですが、その旨を救命指導医に伝え、メディカルコントロール協議会が把握をするということになります。

(水野委員長)

いかがでしょうか。訪問看護師さんは在宅の患者さんと接する機会が多いと思いますが、吉井委員いかがですか。

(吉井委員)

“医師の指示書が完璧であれば”ということですが、医師の名前が記載されていればいいのでしょうか。それとも、項目全てに記載していなければいけないのでしょうか。

(竹内委員)

原則論で申し上げますと、完璧というのは、全てしっかり記載されているということです。どこか記載漏れがあり、疑義が生じるのであれば、適用しないのが原則だと思います。それを担保しておかないと、後で何か問題が生じたときに対応できませんので、最初に始める時にはしっかり記載されていることが必要だと思います。

(水野委員長)

書き漏らすということは、あまりないと思うのですが。赤羽委員いかがですか。

(赤羽委員)

簡単に書けるようにしたので、書き漏れはないはずなのですが、どこかが記載されていない場合は有効ではないと思っています。

(水野委員長)

資料3のプロトコルで、河村委員は何かありますか。

(河村委員)

この指示書を書いている、救急隊は指示書があることが分からなくて蘇生処置をしてしまった場合はどうするのですか。

(竹内委員)

通常どおり、蘇生処置をして病院へ搬送します。大事なのは、救急隊がこれを探すわけではなくて、あくまでも心肺蘇生は続けることが大前提ということです。また、こちらから尋ねることもありません。将来的には、あるかもしれないですが、最初は問題がないように慎重にいかざるを得ないと思います。メディカルコントロール協議会でも、もっと先に進めるべきではないかという意見もありましたが、最初は後からトラブルが起こらないように厳格にせざるを得ないと思います。逆に言うと、患者さんの意思を生かせない場合もあるかもしれませんが、最初は仕方がないのではないかと、厳格に運用していくことを考えています。

(河村委員)

患者さんが書けない場合の代筆はいいけれど、例えば、認知症などでご自身の意思表示ができず、家族が蘇生処置は望まないと言っているだけでもだめですよね。

(竹内委員)

リスクがあるので、そこまではメディカルコントロール協議会として組み込めませんでした。あくまでもご自身の意思を担保にしなければ、先走りすぎなのではないかということになり、このような形になりました。

(河村委員)

ご家族が蘇生処置を望まないのであれば、救急車を呼ばなければいけませんね。

(竹内委員)

それが最初の部分だと思います。

(水野委員長)

栗原委員は何かありますか。

(栗原委員)

この指示書のほかに、尊厳死協会で作成しているもの、地域で作っている終末期医療のあり方といったものもあります。そういったものと指示書の使い分けはどのようなのでしょうか。

(竹内委員)

コンセプトとしては内容的には同じかもしれないが、今の時点では横浜市メディカルコントロールとしては、本人の意思とかかりつけ医が合わさったときに心肺蘇生の中止を適用しようということ。尊厳死協会のもものは医師の署名がないので、今の段階では、医師の署名があって全て記載されているこの指示書があるときに適用していきます。119番して救急車を呼ばれている以上は、蘇生処置をして病院に搬送するのが原則になりますので、その蘇生処置をやめるということは、かなり厳格なルールが必要なのではないかというコンセプトになっています。

(水野委員長)

吉井委員は何かありますか。

(吉井委員)

以前本人が望まないと言っていたという場合でも書くことは可能なのですか。

(水野委員長)

これについては、高井委員いかがですか。

(高井委員)

以前、家族が本人から蘇生を望まないと聞いていたとしても、それがどのような状況でどのように話されたかというのが分かりませんから、指示書に基づいて蘇生処置を中止することが例外なのであれば、指示書が絶対的なものだと思います。

(吉井委員)

「代筆の理由」の欄にいろいろなことを書くと思うのですが、○を付けるようにするとか、こういったことでないと理由として認められないというものが提示されなければ、すごく混乱すると思います。

(竹内委員)

メディカルコントロール協議会の見解としては、これをちゃんと書くということが混乱を招かないということだと思います。その結果として、これを出しました。

(新田委員)

私もメディカルコントロール協議会の会長が言った意見に賛成です。オランダにおいても認知症の方における意思決定という問題があって、認知症の方が意思決定をできない段階では、どのような状況であっても決定できません。今おっしゃったのは、指示書の有効期限の問題と、その時の判断ですよ。例えば、認知症になって判断能力が落ちていきます、そして心肺停止になった場合、判断能力がある時に書いた書類があったらどうするか、法的には課題があると思います。アメリカでも州によって異なります。ただ、この有効期限は、医師と同じ土俵で医師が判断して、「この意思決定（指示書）が認められるとしておいた方が安全だ」と思います。時代は流れますので、今は一つの方がいいと思います。

（水野委員長）

小山さん、今の意見を聞いていかがですか。

（小山委員）

アドバンス・ケア・プランニングという言葉が聞かれるようになり、コミュニケーションが大事だという時代の流れがある中で、医師から在宅の患者や家族に分かりやすい説明をすることが求められると思います。

（水野委員長）

佐藤委員は、一般市民の目から見て、このプロセスというのはいかがですか。

（佐藤委員）

初めは厳格な方がいいということと、基本的なことなのですが、この指示書はどの範囲で有効なのでしょう。横浜市内だけなのでしょう、首都圏内で有効なのでしょう。

（竹内委員）

これは、横浜 市メディカルコントロール協議会で作成するもので、横浜市内だけで有効です。

（新納副委員長）

この指示書には、基礎疾患などが書いていません。基礎疾患があって最終段階なのか、それとも急な心肺停止なのか、どこでどのように判断するのでしょうか。

（竹内委員）

とにかく、この指示書が提示されても、少しでも疑義があるときは適用しません。横浜市 of 救命指導医に連絡をして、これは状況が違うのではないかということになれば、通常どおり蘇生処置をして病院に搬送します。

（水野委員長）

他に何か御意見はありますか。

（高井委員）

指示書が提示されて、かかりつけ医も来られて、本人の意思がはっきりしていても、資料3の右下に「家族等に説明し同意を得てCPRを中止」と書いてありますが、傷病者と近い親族の方と、近くないけれど一緒に暮ら

している親族の方もいますので、どの家族とどのような状況で同意されたかを詳しく記録をとっておかないと、指示書を書いた時にその場にいなかった親族の方が「一部の人が言ったことだ」とか、「強要されて言ったことだ」とか疑義が出てくる可能性があります。ですので、救急隊がご家族にどのような状況で具体的にどのように説明し、どのご家族がどのように同意されたのか、きちんと記録しなければ、後で揉めそうな気がします。

(竹内委員)

いただいた御意見として、話をするようにします。

(平元委員)

これは心肺停止の時だけ適用されるということですよ。例えば、終末期のがんの末期の患者さんで呼吸器の状態が悪くなって重症の場合には適用されないということでしょうか。

(竹内委員)

そのとおりです。

(赤羽委員)

この指示書の置き場所の問題なのですが、統一していく方向で考えています。例えば、冷蔵庫など、どのお宅にもあるものに貼っておくなどすると見つけやすいと思います。それ以外は、ご家族が提示しない限りは、この指示書は適用されないということで運用していった方がいいと思います。

(新田委員)

資料3について質問なのですが、右側に救命指導医のほかにかかりつけ医が出てきます。救急隊は、どちらを優勢に判断するのでしょうか。救命指導医とかかりつけ医のどちらが家族に説明して同意を得るのかということと、救命指導医とかかりつけ医で意見の相違があった場合は、どちらを優勢にするのでしょうか。

(竹内委員)

救命指導医は現場にいませんので、ご家族に説明することは想定していません。現場の救急隊が説明します。また、横浜市メディカルコントロールのシステム自体が、現場の医療に係る行為は救命指導医が責任を持って救急隊に指示をするということですので、判断に迷った場合は救命指導医に連絡をします。救命指導医とかかりつけ医で意見の相違があった場合は、少しでも疑義があるということで従来どおり蘇生処置をして病院へ搬送します。

(新田委員)

それでは、かかりつけ医も家族も蘇生措置を中止していいと言ったとしても、救命指導医が蘇生措置を継続すると指示した場合は、病院へ搬送するというのでしょうか。

(竹内委員)

はっきりしないのであれば、そういうことです。

(新田委員)

そのように決めたのであれば、それでOKです。

(水野委員長)

仲丸委員はいかがですか。

(仲丸委員)

在宅の場合で、どこの時間帯で起こるかということですが、サービスを提供している側としては、サービスを提供している場所で心肺停止の事案が起こることもあるので、どういった時に当てはまるのかなと思いついてお伺いしていました。

(水野委員長)

武田委員は、グループホームの立場としていかがですか。

(武田委員)

グループホームの場合は、認知症で判断能力が低下している状態で入所されますので、お元気なときに指示書を記載していれば判断材料にはなると思いますが、実際には終末期に主治医が変わることもあるので、在宅の時に本人が記載した指示書と終末期の時の意思が異なったその場合はどうするのかと思って聞いていました。

(水野委員長)

グループホームでは、前もって記載しておいても有効ではないということですね。もしグループホームの職員の方が救急車を呼んでしまったら、かかりつけ医が来てくれる以外は病院へ行くしかないということですね。

(河村委員)

私もグループホームに入っているのですが、先日あった事例なのですが、意思表示ができない方が意識消失発作を繰り返しているもので、かかりつけ医とご家族が、「もし心肺停止になっても救急車を呼ばないように」という話し合いをしていました。その場合、傷病者の意思はないのですが、配偶者が「もうこれ以上は・・・」ということがかかりつけ医とご家族と周りの人たちが納得して決めてしまえば、それはそれでいいと思います。問題は、この指示書が出回ることによって、記載していないと「救急車を呼ばない」という方向に話が進まなくなるのではないかという方が怖いと思います。

(水野委員長)

この指示書は、これは救急車を呼んだ場合に提示するものですよね。グループホームなどでは、かかりつけ医とご家族で話し合ったことを記録する様式がありますよね。この指示書だけでは、何を話し合ったかが分からないので、老人保健施設やグループホームなどでは、ご家族と何度も話し合って書き直してもらうことも必要です。ですので、ターミナルでも救急車を呼ぶか、蘇生処置を中止するかという話とは少し違うと思います。

(河村委員)

この指示書を配付する時には、丁寧な説明が必要だと思います。これあ

りきで話を進めてしまうと、みんながそうになってしまうので、かかりつけ医が病院の医師であるとか、家族にいろいろな事情があって話し合いができないといった方に対してはすごくいいと思うのですが、施設の職員の方たち、特に福祉職は誤解しがちなのではないかと危惧しています。

(水野委員長)

三角委員はいかがですか。

(三角委員)

この指示書を記載する時は、かかりつけ医が診ていて、ご本人やご家族との話がしっかりできていて、それで初めてかかりつけ医が署名をして、本来なら自宅で看取るのですが、それでも万が一どなたかが救急車を呼んでしまった場合には、この指示書を使ってくださいという意味ですよ。これは、署名した医師の責任が非常に重大というか、大きな問題がそこにはないという方が適用になるということで理解してよろしいですよ。その過程でいろいろな方が関わってくるかもしれませんが、そういったときの準備もしておかなければいけないということがよく分かりました。

(平元委員)

今、「横浜市人生の最終段階の医療等に関する検討会」などもやっています。基本的には在宅医でも施設でも、そういう状況になる可能性がある方にはお話をし、ある程度方向は決めておくわけですよ。

問題があるとすれば、一人暮らしでヘルパーを利用している人や施設入所中の人が突然容態が悪くなった時、かかりつけ医や在宅医とあらかじめ看取りの準備していたにもかかわらず、最終段階で万が一状況を知らない人が救急車を呼んでしまった場合に、指示書を見て判断するという流れでよろしいですかね。

(竹内委員)

これはあくまでもレアケースで、蘇生処置の意思がない人が救急車を呼ばれてしまった時です。この委員会で議論すべきは、指示書ありきの話ではなく、末期の時にどうするのか、とか、グループホーム等はどうするのかといったことです。指示書についてはメディカルコントロール協議会の中で検討した、救急車を呼ばれてしまった時の特殊な事案だけに適用するものです。

(水野委員長)

竹内委員の話を聞いていると危険な感じがしますが大丈夫ですか。

(恵比須委員)

そもそもメディカルコントロール協議会のワーキングが立ち上がった時に、赤羽先生にもワーキングの委員として参画していただいたのは、今後在宅医が在宅の患者さんを診ていて、こういった事案がますます増えてくることが考えられるので、在宅医、ご家族、ご本人がしっかりコミュニケーションがとれていることが前提になってくると理解しているんですけど。

(赤羽委員)

まさにそのとおりで、私たちが看取るつもりだったのに、予想外にも救急車を呼ばれてしまったときに適用するための書類です。

(水野委員長)

私から質問するのはおかしいかもしれませんが、この指示書に記載するのはレアケースという説明がありましたが、医師と家族との意思疎通ができていない場合、後々裁判が起こることがよくあります。例えば、家族とはコンタクトがとれていても、時々来る兄弟などとの話がちゃんとできていないと、トラブルになることもあります。

また、確かにこれは、蘇生処置を望んでいない方が救急車を呼ばれてしまった時のための医師の指示書であるのは理解できるのですが、ではどの段階での書面とするのでしょうか。あまり早い段階で作成するのは考えものです。例えば、悪意を持ってわざと気道閉塞などをさせて救急車を呼んで「こういった指示書がありますよ」と提示されたら、それに対してどう対応するのでしょうか。そういうことに危険性があると感じています。医師が患者のもとに看取りに行くことができれば一番いいんですけどね。

何にせよ、この書面は家族としっかり話ができていて、信頼関係ができていないと書けないと思います。まだ分かっていない段階の場合は、医師は書けないと拒否して構わないものなのでしょうか。

(竹内委員)

構わないと思います。最初は医師も書くのに勇気がいると思います。よほどその家族の背景が分かった主治医でなければ書けないし、書かないと思います。それが揃う事案に関しては、最初の段階ではそんなに多くはないし、無理にお願いすることはありません。

(水野委員長)

家族みんなで話し合ったとか、家族みんなが同じ意見であるということが確認できなければ、書けないですよ。

(新納副委員長)

それと、下世話な話かもしれませんが、遺産相続の時に、この時間まで生きていれば遺産がもらえたのに、指示書があったことでこの時間に蘇生処置を中止したのでもらえなくなったということも出てくる可能性があります。医学的にはいいことだとは思いますが、そういったことも考えるとなかなか難しいと思います。

(平元委員)

私は、指示書というものは、一人暮らしの人が自分の意思がはっきりしている元気な時にサインをすとか、もしくは、癌や認知症の終末期の人が、家族やかかりつけ医と話し合っ書くものだと思っています。もし犯罪性を感じさせるようなものがあった場合は、救急隊も状況を見て、蘇生を中止するというようなことはないと思います。

また、臓器提供の意思表示のカードを書いている人が結構いますが、そ

れに対して、移植をする際に家族とそれ以外の親戚の人が来て言い合う事態になることは、あまりないような気がします。やはり本人が元気な時に自分で考えて意思表示をしていますから。多くの場合は、一人暮らしや夫婦二人とかの方が意思表示をされることがあるようなので、それと同様に指示書も在宅などの患者さんが関与するケースが多くなると思っています。

(水野委員長)

他にご意見はございますか。

(三角委員)

今後、指示書の運用が決まっていったとしたら、相当アナウンスをしっかりとする必要があると思います。この指示書はあくまで救急隊の心肺蘇生に係る活動に対するものですが、現場で決定的な指示書がなく、救急隊はプロトコルに則って蘇生処置をしながら病院に搬送したが、後程この指示書が出てきたとしたら、「なぜ指示書があるのに蘇生処置をしたのか」と誤解をされてしまう可能性があると思います。搬送先となる病院側にも、この指示書を発動する時にはしっかり広報していただきたいと思います。

(水野委員長)

ありがとうございました。

この資料3、4を提言するということは、この委員会でこれを全部使うことを決定するということですか。

(事務局)

はい、この資料3、4を提言いただくというのは、これを横浜市として運用するということで進めていくことになります。

(水野委員長)

この資料3、4を救急業務検討委員会によって使っていくということでしょうか。

(新田委員)

一つ確認事項ですが、ある法律家の方に相談しているのですが、医師が救急隊に指示書を書くことができるのかどうか、それが有効なのかどうかということです。本人がかかりつけ医と話し合っただけで蘇生は望まないことに同意した、というのはいいのですが、さらに救急隊に指示書を書くという行為が発生するわけです。このことに関して、もう少し法的な問題を確認した方がいいのではないのでしょうか。同意するのはいいのですが、これは指示書ですから。

(高井委員)

指示書となっていますが、本人の判断能力のある段階において、本人の意思がこうだった、ということ伝える書類のような感じがします。言葉はともかく、命令というよりは「医師が本人が蘇生を望まないことを確認しました」ということを救急隊に伝達する、といったもののような気がします。

(新田委員)

私もその解釈のほうがいいと思います。

(高井委員)

指示書という言葉はきつようですが、本人の意思確認書のように読めます。

(竹内委員)

メディカルコントロール協議会としても貴重なご意見をいただきましたので、一度持ち帰ります。指示書のところを確認書に変更してしっかりしたコンセプトを作るとか、医療機関側にも周知をするとか、コミュニケーションが重要であるとか、本日の内容は施行する前の段階でメディカルコントロール協議会でも検討していきます。

(水野委員長)

これからの委員会では、医師の指示書ではなくて、確認書にするわけですか。これはメディカルコントロール協議会に持ち帰って検討していただくとして、業務検討委員会ではこういう意見だということで、提言としてまとめるということでもいいですか。

(事務局)

先ほど竹内委員が申しあげましたように、メディカルコントロール協議会に一旦持ち帰って、検討させていただきたいと思います。そして、この業務検討委員会の中でまとめていただきたいと考えておりますので、次回に持ち越させていただいてよろしいでしょうか。

(水野委員長)

今の話ですと、今回の委員会で提言にするか決定するのは難しいので、持ち帰っていただくということで。竹内委員、よろしくお願いします。

それでは、次の議題に移りたいと思います。資料5「救急隊以外の搬送資源を活用した救急搬送システムについて」事務局から説明をお願いします。

(事務局)

【資料5】「救急隊以外の搬送資源を活用した救急搬送システムについて」説明

(水野委員長)

今事務局から説明のありました、将来の需要予測、在宅療養者の搬送実態、そして他都市の先進的事例等について説明がありました。これを踏まえて救急隊以外の搬送資源の活用について意見をお伺いしたいと思います。

(竹内委員)

資料5、10ページ8番の「病院救急車保有状況」というところでお伺いしたいのですが、病院では救急車を持っていますが、非常に老朽化が進んでいます。しかし今病院は赤字経営で、維持することは可能ですが、なかなか新しい救急車を買うことはできません。とても初期投資で2,000万円

ものお金の捻出が難しい状況です。今の段階で横浜市は古い救急車を病院に払い下げることはしないのですか。それをこの提言の中に入れていただけないでしょうか。小田原市等の他の地域はやっているのですが、横浜市には前例はないのでしょうか。メンテナンス費はかかるとしても、最初の初期投資が200万くらいになれば、病院としては非常にありがたいです。これが病院救急車の搬送システムにつながっていくのだと思います。

(事務局)

今、竹内委員からご提案をいただきました件ですが、消防局としては基本的には、「もうこの救急車は使えない」ということを前提で更新しますので、基本的には廃車にすることになっています。これを一般の道路で走らせるということになりますと、更新計画がまだ過ぎていないのではないかというご指摘を受ける可能性がございますので、今この場でこれを払い下げるといようなご回答をさせていただくのは厳しいです。

(水野委員長)

つまり、ダメになるまで使うということですね。

(竹内委員)

原則はもちろんよく分かりますが、今、他の都市では払下げが非常に増えています。最初から無理だと言わずぜひ検討してほしいと思います。2025年に向けて、救急車が足りなくなるのは目に見えていますし、必要性があるから申し上げているので、前向きな回答をお願いしたいと思います。病院としても初期投資ができれば新しい救急車を買うのが理想なのですが、今の状況ではなかなかそこまでの捻出はできないのが実情です。

(水野委員長)

では、検討をお願いするということにさせていただきたいと思います。

(事務局)

はい。承知しました。

(水野委員長)

病院の先生にもお話を聞いてみたいのですが、新納委員はどうですか。

(新納副委員長)

うちの病院の救急車も古くなっています。そして、とても2,000万円の予算はありません。

(水野委員長)

この救急隊以外の搬送資源を活用した救急搬送システムについては、何か御意見はありますか。

(新納副委員長)

資料5の4ページなどを見ると、救急車を使っているのは入院の必要のある人がほとんどですね。そうすると、市の救急車も必要だと思います。転院搬送で平行転院搬送、下り転院搬送で病院救急車を使用することも考えようと思えば考えられますが、7ページの八王子市の例では「入院や治療が必要とかかりつけ医が判断した患者さん」のために救急車を使用

すると書いてありますよね。入院のために使うのが主なのか、それとも治療のためなのか、そこがちょっと分かりませんでした。

(水野委員長)

このシステムを運用するには献身的な病院でないといけないと思います。8ページの3つの事例というのは成功例でもあります。あくまでもある病院が一生懸命やっていて上手くいっているのが現状です。これをするには予算がないといけないと思います。この予算が何もない中で、これだけの成果を出しているということは、やっぱりある程度東京都医師会としても実績を出したいという気持ちもあって、犠牲的な精神でやっているのかなと思っています。

三角委員はいかがですか。中心になってやっていただけそうですか。

(三角委員)

まあ、やぶかさではないと言いたいところですが、まず、本日は二つの事項を提案されていると思います。一つは「東京のように在宅医の先生が直接病院に連絡し、患者さんを病院に搬送することはできないか」、もう一つは「転院搬送に救急隊が使われているが、これを病院救急車で行うことはできないか」、ということだと思います。水野委員長がおっしゃったように、市内には救急車を保有している病院が29病院あって、全部で33台あるということですが、その救急車の使い方はそれぞれの病院で異なると思います。場合によっては、表に出ていないだけで、救急隊を介さずに在宅の患者さんを搬送しているかもしれません。例えば、うちの病院では2台の救急車がありますが、主たる目的はクリニックなどで急変した患者さんをうちの病院に搬送したいという連絡が入った時に迎えに行きます。それは119番せずに行われていることだと思います。同じ使い方をしている病院は他にもあると思います。それから、転院に関しては、今は民間の患者等搬送事業者が結構動いていますので、それとのすみ分けをしっかりと、ある人は行政の救急車を、またある人は患者等搬送事業者を、またある人は病院救急車を使うというように混乱が生じると思います。

(水野委員長)

消防局には、患者等搬送事業者が年間でどのくらい、どのようなことに使われているのかデータはあるんですか。

(事務局)

現在、特に調査はしておりません。

(水野委員長)

そのデータは必要かなと、今聞いていて思いましたので、大変だとは思いますが、調査をお願いします。

(事務局)

承知しました。調査させていただきます。

(恵比須委員)

8ページの病院救急車搬送システムの事例ですが、どれも医師会がバッ

クアップして始まった事業になります。このまま何もしなければ救急車の出場件数が増加してパンクしてしまうということで、赤羽委員と資料を見ながら話していたのですが、まずは患者等搬送事業者53事業者にある程度ネットワークができていけるのなら、医師会主導で特区制度を使ってモデル事業として申請できないでしょうか。在宅からの搬送システムに関しては、赤羽委員が在宅医のネットワークを使って立ち上げてみてはどうでしょうか。

(水野委員長)

いい案だと思います。ただ、それを進めていくのに、患者等搬送事業者の料金形態は事業者によって異なると思いますので、その調査も必要だと思います。どれくらい経費がかかるのか知らなくては予算立てができませんので。

(事務局)

調査させていただきます。

(小山委員)

先ほど委員長からも御指摘がありました。患者家族の立場として申し上げますと、私の祖母は、車いすに乗ることも困難な状態だったので患者等搬送事業者を利用していました。通院する際に2～3万円かかることもあり、一般のタクシーと比べると割高だと感じました。しかも、患者等搬送事業者の場合は、酸素吸入や、介護士に同乗してもらうなどのオプションを付けると値段が上乘せされるのです。このように一度病院に通うのに、家族は何万という経費がかかるという状況を強いられている実態があります。お金がかかるからできるだけ病院に行くことを控えようとか、病院に行く際に救急車が使えたらいいのに…と本音を抱えている方はいらっしゃるはず。自宅で生活する重度の患者や家族には、このような負担があることも考慮していただきたいです。

(水野委員長)

そうですね。車種によって金額が違ったり、介護士を付けると割増になるといったことはあると思います。予算立てをするのに、そのあたりも含めて調べておいてください。

(新田委員)

おそらく在宅等含めて救急で問題となるのは、軽症と一部中等症の方だと思います。オランダでは医師会と患者等搬送事業者が契約をされていて、軽症の場合、患者等搬送事業者がまずかかりつけ医に連絡し、ここでトリアージして必要があれば二次救急医療機関に搬送するという工夫をしています。横浜市はしっかりした医師会がありますから、ここに行政の支援が必要だとは思いますが、患者等搬送事業者と協力すれば実現可能だと思います。また、病院救急車については、地域の中小病院と在宅医を結び付ければ、中小病院の活性化にもつながるため、単に小さなグループ内での転院搬送と考えず、もう少し大きく、発展的に考えてもいいのではないで

しょうか。

(水野委員長)

他に御意見はありますか。

(仲丸委員)

患者等搬送事業者には福祉有償運送は含まれているのでしょうか。福祉有償運送だと18区の社会福祉協議会でも展開しており、会員登録等が必要で、道路交通法の関係で制約はかなりあるのですが、タクシーの2分の1以下の料金で利用できます。また、社会福祉法人も保有していたりするので、こちらも一緒に検討してみたいかがでしょうか。人を乗せてお金を取れば制約が出てきますが、取らなければ制約がない等の工夫もできますので、それを含めた検討が必要なのかなと思いました。

(水野委員長)

福祉有償運送についても調べてみてください。

栗原委員はどうですか。救急車を呼ぼうかと迷ったりすることはないですか。

(栗原委員)

私は、訪問看護に行っている時は、なるべく救急車よりも、すぐ使える介護タクシーを使うことが多いと思います。介護タクシーでも、UD（ユニバーサルデザイン）タクシーが多くなってきていますし、軽症の場合は24時間いつでも使えるタクシーを民間の力でつないでくれると嬉しいです。また、以前、生活保護の方が、民間事業者のボランティアで搬送していただいたということがありました。このように、民間の方々の力を借りるのも大切だと思います。

(水野委員長)

それでは、介護タクシーの料金も調べてください。民間にどんな搬送手段があって、どれくらい料金がかかるか、どのような種類があるのか、また、利用時間はどうなのか、調べてください。

(事務局)

はい。分かりました。

(水野委員長)

河村さんはいかがですか。

(河村委員)

先日もあったことなのですが、在宅の患者さんを入院させるときに、医師に「それでは、救急車で明日来てください」と言われて驚きました。救急車じゃなくてもいいような患者さんだったのですが、医師から言われればそのとおりにしてしまいますし、医師の方によっても判断が異なりますので、急ぐような転院でなければ民間の患者等搬送事業者を使うなど、そのあたりの基準があった方がいいのではないのでしょうか。

(水野委員長)

吉井さんはいかがでしょう。

(吉井委員)

前もって病院に行くことが分かっていたら、介護タクシーや患者等搬送事業者を活用するのは賛成です。ただ、河村委員がおっしゃったように、この人は介護タクシー、この人は救急車、というように同じような症状でも負担に差が出るのはどうかと思いますので、医療者側にも明確な基準があったほうが良いと思う。

(水野委員長)

赤羽委員、いかがですか。

(赤羽委員)

医師の中にはそういうサービスがあることを知らず、搬送するには救急車しかないと思っている人もいるかもしれません。

(水野委員長)

救急車以外にどんな搬送資源があって、いくらで利用できるのか、往診医も患者さんも知らないことも原因だと思います。

いろんな搬送手段を調べて、医師や患者さんに提示することも大切だと思います。

(平元委員)

今回の議題は救急車の利用を厳密にして、いかに軽症の救急患者の搬送をどうやって民間にまわすか、ということですね。その前に、救急車で搬送されてきた患者さんについて、医師が記載する傷病者収容書に、軽症、中等症等と丸を付ける欄がありますが、この軽症が、絶対に救急車が必要ない軽症だった等、検証はどのくらいされているんですか。

(事務局)

その検証についてはできておりません。

(水野委員長)

それに関しては、医師が、救急車による搬送が要・不要も判断して記載すべきではないでしょうか。さらにそれを、医師が患者さんや家族に説明すべきだと思います。横浜市の傷病者収容書には、要・不要の項目はないのですか。

(事務局)

国の統計で出していますので、不要という項目はありません。ただ、救急隊が搬送した後に、これならマイカーやタクシーを使うべきだった等、ご家族や患者さんに御指導いただいている先生がいらっしゃるという話は聞いております。

(平元委員)

在宅の患者さんが急に具合が悪くなって、緊急性はないけど病院に搬送した方が良かった場合、患者等搬送事業者を使ったとすると誰が搬送中の責任を持つかという問題もあると思います。救急救命士でないといけないのか、看護師でないといけないのか、医師でないといけないのか、患者等搬送事業者を使う場合はどういう人が乗っていったらいいのかとい

うルールもつくらないといけないと思います。

(水野委員長)

救急車以外の搬送手段の検討は急ぐべき問題でありますので、試行錯誤してやっていく事業としては、いろんな情報とねらいによって、どこの事業者がどのように、環境を考えるのかというのは感じています。

他に御意見はありますか。

(竹内委員)

在宅の問題や転院搬送の問題を、急性期や三次救急の立場から言わせてもらおうと、救急隊と同様で、今と同じシステムでは2025年には救急病院は崩壊するだろうと言われていています。その理由の一つとしては、本来は治療を望んでいない高齢者が誤って救急車を呼んでしまった時に、救急隊がいつときだけの重症度判定により救命センターに搬送してしまいます。結果的に、三次救急にはそういった患者さんがあふれてしまい、さらには基礎疾患のため長期入院となってしまいます。しかし、そういった部分での判断は救急隊には無理です。そこで、横浜市メディカルコントロール協議会が検討しているのが、2020年4月に運用開始を考えているドクターカーになります。現場に医者を投入し、その場で必要な処置だけをし、救命センターに搬送するのか二次医療機関に搬送するのか判断するものです。これは全国ではどこもやっていませんが、急性期医療と超高齢社会に対しオール横浜で対応できないかと考えています。こういった議論を現在重ねていますので、何とか次の委員会には進行状況をご報告できればと考えています。

(水野委員長)

ありがとうございます。貴重な意見だと思います。

資料5について、他に御意見、御質問はありませんか。

それでは、事務局から資料6「今後のスケジュール」について説明をお願いします。

(事務局)

【資料6】「今後のスケジュール」について説明

(水野委員長)

今後のスケジュールについては、よろしいですか。

何もなければ、本日予定していた議題は終了とさせていただきます。

(事務局)

熱心な御議論をありがとうございました。

一点、確認をさせていただきます。資料3、4の中で、資料4の指示書については、再度メディカルコントロール協議会の中で確認をするということで、資料3のプロトコルは、この流れで良いということによろしいでしょうか。

(水野委員長)

よろしいと思います。

| | |
|------------------------------------|--|
| | <p>(事務局)</p> <p>ありがとうございます。</p> <p>本日ご提案いただきました調査については、次回9月までに行いたいと思います。よろしくお願いいたします。</p> <p>それでは、以上を持ちまして、横浜市救急業務検討委員会を終了させていただきます。</p> |
| <p>資 料</p> <p>・</p> <p>特 記 事 項</p> | <p>資料</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【資料1】平成29年度横浜市救急業務検討委員会まとめ ・【資料2】横浜市救急業務検討委員会検討事項、本日の議題の趣旨説明 ・【資料3】心肺蘇生等を希望しない意思を示した心肺停止事例に対する活動プロトコル ・【資料4】心肺蘇生等に関する救急隊への医師の指示書 ・【資料5】救急隊以外の搬送資源を活用した救急搬送システムについて ・【資料6】今後のスケジュール |